

Spett.le
**Azienda Pubblica di Servizi alla Persona S.
Spirito Fondazione Montel**
Via Marconi n. 4
38057 PERGINE VALSUGANA (TN)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE e CURRICULUM VITAE

Il/La sottoscritto/a														
nato/a a.....il.....														
residente in via..... C.A.P.....città.....prov.....														
numero telefono..... numero cellulare.....														
indirizzo e-mail:.....														
CODICE FISCALE:														

CHIEDE

di partecipare alla **SELEZIONE PER IL CONFERIMENTO DELL' INCARICO IN LIBERA PROFESSIONE DI MEDICO PER L'ANNO 2017.**

Consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché della sanzione della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di un provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi successivamente non veritiera, previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa".

DICHIARA

di essere nato/a a..... il

di essere in possesso della cittadinanza.....;

Solamente per i cittadini di uno degli Stati membri dell'Unione europea:

godere dei diritti civili e politici anche nello Stato di appartenenza o di provenienza

SI NO

(barrare la casella interessata)

di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di

solo per i cittadini soggetti all'obbligo di leva:

di essere in posizione regolare nei confronti degli obblighi di leva

SI NO

(barrare la casella interessata)

di aver subito condanne che comportino l'interdizione *perpetua* dai pubblici uffici

SI NO

(barrare la casella interessata)

se SI, indicare quali:

_____ ;

di aver subito condanne che comportino l'interdizione *temporanea* dei pubblici uffici

SI NO

(barrare la casella interessata)

se SI, il periodo di interdizione temporanea dai pubblici uffici è antecedente alla scadenza del termine per la presentazione della domanda

SI NO

(barrare la casella interessata)

di essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per aver conseguito l'assunzione mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

SI NO

(barrare la casella interessata)

essere stato/a destituito/a, o licenziato/a o dichiarato/a decaduto/a dall'impiego presso pubbliche amministrazioni per lo svolgimento di attività incompatibile con il rapporto di lavoro alle dipendenze della pubblica amministrazione;

SI NO

(barrare la casella interessata)

Requisito d'ammissione

essere in possesso della **Laurea** in
conseguito in data
presso l'Università di.....
sita in.....

di essere iscritto all'**albo dell'ordine degli medici** della Provincia/Regione di.....
dal.....N° di iscrizione

essere in possesso della seguente **specializzazione/attestato di formazione in Medicina Generale:**

1) Disciplina:
conseguita in data.....presso l'Università di.....
2) Disciplina:.....
conseguita in data.....presso l'Università di.....

di essere in possesso di idonea copertura assicurativa;

di godere di condizioni di salute idonee all'esercizio della professione medica SI NO;

di essere in regola con i crediti ECM SI NO;

di risultare compatibile allo svolgimento dell'incarico, nel limite di nr. _____ ore settimanali, anche in relazione ad altri incarichi ricoperti;

di essere disponibile per incarico di:

- nr. 5 ore settimanali
- nr. 14 ore settimanali
- servizio di reperibilità medica, dal lunedì al venerdì, esclusi festivi e prefestivi, dalle 17.00 alle 20.00
- disponibilità a ricoprire le ferie/assenze e reperibilità del titolare Medico nel limite di nr. ___ ore settimanali

indicare l'indirizzo presso il quale effettuare ogni comunicazione relativa alla presente procedura

presso la propria residenza

oppure se diverso dalla residenza

al seguente indirizzo

presso

via.....

C.A.P.città..... prov.....

L'Amministrazione non risponde per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del candidato oppure da una mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali, telegrafici, via fax o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Allega alla presente domanda:

Curriculum professionale formato UE

Il sottoscritto acquisite le informazioni di cui al D. Lgs. 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui all'avviso di selezione.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati.

Data _____

Firma leggibile _____

La domanda deve essere datata e firmata alla presenza dell'impiegato addetto: qualora non venga recapitata personalmente, ad essa deve essere allegata copia fotostatica (anche non autenticata) di documento d'identità del candidato in corso di validità.

Spazio riservato all'ufficio

Si attesta che la presente domanda

è stata sottoscritta dall'interessato/a alla presenza dell'addetto/a al ritiro della stessa.

è pervenuta già sottoscritta dall'interessato/a con allegata copia fotostatica di un documento d'identità

Pergine Valsugana, _____

L'incaricato _____